



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Especialização em Saúde da Família**



Dr. Yoendrys Eduardo Bosch Gomez.

**Relação entre o nível de escolaridade e o controle da  
Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Morada de Bethânia.**

Viana – Espírito Santo.

2015

Dr. Yoendrys Eduardo Bosch Gomez.

**Relação entre o nível de escolaridade e o controle da Hipertensão Arterial  
Sistêmica na UBS Morada de Bethânia.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado, como requisito parcial para  
obtenção do título de especialista em  
Saúde da Família, a Universidade Aberta  
do SUS.

Orientadora: Dra. Karen André Oliveira Xavier.

Viana – Espírito Santo.

2015

## RESUMO

No mundo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública muito grande e suas complicações provocam a morte a cada ano a 9,4 milhões de pessoas, sendo a causa de pelo menos o 45 % das mortes por cardiopatias e o 51% das mortes por acidente vascular encefálico. A relação do nível de escolaridade no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica tem influência favorável o desfavorável. A metade dos pacientes não controlados é analfabeta e em relação aos hipertensos controlados, a taxa de analfabetismo é muito mais baixa. O controle da pressão arterial elevou-se em proporção ao nível de escolaridade, com uma relação direta. Na atenção primária da saúde é fundamental aumentar o grau de conhecimento sobre a HAS a partir da interação entre profissional da saúde e o paciente hipertenso. O projeto de intervenção será com os pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Morada de Bethânia residente na comunidade e que fazem acompanhamento na própria equipe. Espera-se obter como resultado uma melhora no controle da pressão arterial pelo aumento do nível de conhecimento geral dos pacientes hipertensos envolvidos no estudo sobre a hipertensão arterial, logrando assim diminuir a incidência de complicações próprias da doença.

*Palavras-chave:* Pacientes . Hipertensão Arterial Sistêmica. Nível de Escolaridade.

MAGLIANO, Erika da Silva. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos Brasileiros: Revisão Sistemática. Rio de Janeiro, 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

## SUMÁRIO

1.	<b>INTRODUÇÃO</b>	.....
1.1	Situação Problema	.....
1.2	Justificativa	.....
1.3	Objetivos	.....
	Objetivo Geral	.....
	Objetivo Específico	.....
2.	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	.....
3.	<b>METODOLOGIA</b>	.....
3.1	Desenho da Operação	.....
3.2	Público-alvo	.....
3.3	Parcerias Estabelecidas	.....
3.4	Recursos Necessários	.....
3.5	Orçamento	.....
3.6	Cronograma de Execução	.....
3.7	Resultados Esperados	.....
3.8	Avaliação	.....
4.	<b>CONCLUSÃO</b>	.....
	<b>REFERÊNCIAS</b>	.....

## 1. INTRODUÇÃO

No mundo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública muito grande e suas complicações provocam a morte a cada ano a 9,4 milhões de pessoas, sendo a causa de pelo menos o 45 % das mortes por cardiopatias e o 51% das mortes por acidente vascular encefálico. (1)

No ano 2008, o 40% das pessoas adultas acima dos 25 anos de idade foram diagnosticadas com HAS e a quantidade total de pacientes com esta doença já era de 1000 milhões no mundo. (2)

A HAS é uma doença crônica associada a taxas de morbidade e mortalidade consideravelmente elevada. As doenças cardiovasculares representam 30% das mortes no Brasil, e aproximadamente 50% das pessoas encontram-se entre 30 e 69 anos de idade, representando um dos problemas de saúde mais importantes da saúde pública. (3). A prevalência da HAS está entre 22,3% a 43,9%, alcançando taxas de até 50% em pessoas idosas. (4)

No ano 2013 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou no dia mundial da saúde: A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013 onde define a HAS como os valores de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg em medidas repetidas e em condições ideais. (5)

Segundo os dados publicados na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a hipertensão arterial na população tem alta prevalência e baixas taxas de controle e uns dos principais problemas de saúde. (7) O nível de escolaridade das pessoas tem influência favorável o desfavorável no controle da HAS. A metade dos pacientes não controlados é analfabeta e em relação aos hipertensos controlados, a taxa de analfabetismo cai para 19%. O controle da pressão arterial elevou-se em proporção ao nível de escolaridade, com uma relação direta chegando a 100% entre aqueles com nível médio completo. (8)

Segundo dados do ministério da educação sobre a taxa de analfabetismo no Brasil, o analfabetismo em sentido geral e o analfabetismo funcional que é aquela pessoa que mesmo sabendo ler e escrever não tem as habilidades de leitura, escrita e cálculo para participar na vida social têm níveis muitos altos ainda no Brasil e constitui um problema fundamental na comunicação e interação do médico com os usuários hipertensos, sobretudo na hora das orientações gerais, as prescrições dos diferentes fármacos e o entendimento por parte dos pacientes das palavras do profissional da saúde. Em 2000,

13,8% dos homens eram analfabetos, 13,5% das mulheres eram analfabetas, além de 27,8% de analfabetos funcionais. (6)

No Brasil em estudos realizados para avaliar a influência dos diferentes fatores socioeconômicos sobre pacientes hipertensos, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade. (9)

No ano 2006 no município de Campinas (SP) foi feito um estudo sobre a prevalência da hipertensão arterial em usuários idosos, fatores associados e diferentes estilos de vida e a influência no controle adequado da doença, utilizando dados do ISA-SP foi comprovada a existência de relação direta entre o nível de escolaridade e a prevalência de hipertensão. (10). Também foi constatado que em diferentes famílias de diferentes estratos sociais onde o principal responsável da família envolvida no estudo tinha um baixo grau de escolaridade, ou seja, menos de quatro anos de estudos, tinha uma maior prevalência de hipertensão arterial, redor de 26,4% e muito menor, ou seja, redor de um 15,1% entre aqueles que tinham 12 ou mais anos de escolaridade. Dados da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* de 2003 (PNAD 2003) mostraram uma prevalência também maior em pessoas acima dos 18 anos e menos de quatro anos de escolaridade em relação com as pessoas da mesma faixa etária que estudaram mais de 11 anos. (11).

Segundo outros estudos sobre a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial a menor escolaridade mostrou-se associada de forma negativa à adesão ao tratamento não farmacológico e farmacológico com dificuldade para o entendimento do comportamento da doença. A maior escolaridade mostrou uma relação positiva com o controle das taxas de hipertensão arterial, adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, mudança nos estilos de vida, exercício físico, dieta saudável e outros fatores socioeconômicos, porém pessoas com menos escolaridade têm menos oportunidades de entender, aceitar e até controlar a hipertensão arterial, assim como avaliar e medir o alcance da sua nova condição clínica. (12 ,13, 14)

É importante dizer que muitos pacientes hipertensos que são atendidos em nossa unidade básica de saúde estabelecem como a principal medida não farmacológica para o controle da hipertensão arterial a diminuição de sal e gorduras na dieta como medida saudável para lograr níveis ótimos de pressão arterial, entretanto, sem saber que uma dieta equilibrada e também ricas em vegetais favorecem o controle do peso corporal e porem junto com a prática diária de exercícios físicos, a diminuição de hábitos nocivos como o tabagismo e o álcool influenciam positivamente nas taxas de pressão arterial e na melhora da qualidade de vida destas pessoas.

A regularidade e a qualidade da comunicação clínica são determinantes na obtenção de taxas de controle ótimas e acertadas, pois os pacientes bem

informados e com um melhor nível de conhecimento sobre a doença, causas, comportamento, evolução do prognóstico e opções de controle e tratamento seja com fármacos ou não, estão muitos mais dispostos a cumprir às recomendações do profissional da saúde. (8)

A educação em saúde é, então, imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for orientado sobre os princípios básicos em que se fundamenta o tratamento e mostrar-lhe uma visão ampla do problema, permitindo-lhe a motivação necessária para adotarem mudanças nos hábitos e estilos de vida e serem cumpridos de forma satisfatória (8)

O presente projeto de intervenção visará estabelecer a relação entre o controle da pressão arterial e o nível de escolaridade como fator de risco em pacientes hipertensos avaliando o conhecimento geral que os usuários têm sobre sua doença.

## **1.1 Situação-problema**

Influência do nível de escolaridade no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da Unidade de Saúde de Morada de Bethânia do Município de Viana, Espírito Santo.

## **1.2 justificativa**

É de fundamental importância que se conheça a relação do nível de escolaridade no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica. O nível de escolaridade das pessoas tem influência favorável o desfavorável. O controle da pressão arterial elevou-se em proporção ao nível de escolaridade, com uma relação direta.

Ao identificar pacientes hipertensos com nível de escolaridade baixo, medidas preventivas podem ser tomadas pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde para minimizar o risco de desenvolverem, no futuro, doenças associadas com a Hipertensão Arterial Sistêmica.

### 1.3 Objetivos

- *Objetivo geral*

Aumentar o nível de conhecimento sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica a partir da interação entre profissional da saúde e o paciente hipertenso.

- *Objetivos específicos*

Verificar por meio dos dados obtidos no projeto a relação entre o nível de escolaridade e o controle da pressão arterial.

Melhorar o controle da pressão arterial a partir do aumento no conhecimento dos pacientes sobre a doença.

Diminuir a incidência de complicações na Hipertensão Arterial Sistêmica.



## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### **Implicações da Transição Epidemiológica no Atendimento ao Hipertenso.**

Desde meados do século passado, em associação com o envelhecimento da população sobretudo após os anos 80 (BRASIL, 2004b), têm se observado modificações no modo de viver das pessoas, decorrentes do processo de urbanização e do avanço tecnológico, que contribuíram para a chamada “transição epidemiológica”.

O despontar das doenças cardiovasculares, com caráter crônico, progressivo e silencioso, revela uma nova situação na qual o paciente deve comparecer periodicamente ao serviço de saúde, muitas vezes de difícil acesso, mudar seus hábitos de vida e tomar medicações diariamente por toda a vida, embora esteja assintomático e pareça estar saudável. As abordagens diagnósticas e terapêuticas requerem muito mais empenho das equipes de saúde para efetivar um controle clínico satisfatório e prevenir as complicações que pioram a qualidade de vida.

Nesse contexto, as políticas de saúde devem voltar-se para ações de saúde que visem busca ativa da população, para garantir o diagnóstico precoce e implementar as medidas educativas pertinentes.

A HAS, inserida no âmbito das doenças crônicas cardiovasculares, tem seu tratamento dificultado, com prejuízo nas taxas de adesão, em decorrência das implicações que a terapêutica gera na vida do paciente. A necessidade da modificação de hábitos segrega o paciente em seu ambiente familiar, restringindo-o de compartilhar da cultura populacional estabelecida. A equipe de saúde deve sensibilizar o paciente e a comunidade para a importância da adesão às medidas terapêuticas indicadas, orientando-o quanto aos riscos a que está exposto e a importância das mudanças no estilo de vida para prevenção de complicações.

A “transição epidemiológica” passa a gerar implicações práticas no seguimento dos doentes cardiovasculares e, em particular, no tratamento da HAS.

No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS (BRASIL, 2002), determinou que o controle da hipertensão arterial é responsabilidade dos serviços de atenção básica e estabeleceu como ações estratégicas o diagnóstico dos casos de hipertensos, o cadastramento dos portadores, a busca ativa de casos, o tratamento, o diagnóstico precoce de complicações, o primeiro atendimento de urgência e as medidas preventivas, que incluem ações educativas para controle de condições de risco (nível de escolaridade, obesidade, sedentarismo e tabagismo) e prevenção de complicações.

O fortalecimento da importância das ações básicas de saúde resultou da necessidade de acompanhar o paciente crônico com visão integral de sua realidade de vida. Com esse intuito, a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), implantada no Brasil a partir de 1994 (FALK, 2004), teoricamente deveria contribuir para o aumento da adesão terapêutica desses pacientes e para a redução das complicações inerentes.

Embora existam vários fatores que influenciam na abordagem clínica e no controle dos pacientes hipertensos, limitando o sucesso da adesão à terapêutica, as políticas de saúde atuais, apesar das dificuldades para implantação prática, tendem a destinar-se para melhorar tal situação. A efetividade dessas ações na prática está na dependência de fatores culturais, sociais, econômicos e de decisões políticas, que apenas ao longo do tempo poderão se concretizar. A transição de uma medicina

centrada no modelo assistencial curativo para uma medicina de caráter preventivo, face à mudança do perfil de morbimortalidade, é um processo demorado, principalmente por envolver questões econômicas e sócio culturais representativas.

### **Hipertensão Arterial Sistêmica**

A hipertensão arterial é a mais comum das doenças cardiovasculares, além de ser o principal fator de risco para outras doenças cardiovasculares (COELHO et al., 2005; JARDIM et al., 2007; SANCHEZ; PIERIN; MION JÚNIOR, 2004). A HA é uma doença silenciosa, inicialmente sem sintomas, e diagnosticada muitas vezes no aparecimento das complicações e, comumente, nas unidades de emergência, tardiamente, causando significativa perda na qualidade de vida e aumento nas taxas de morbidade e mortalidade.

Para o acompanhamento e controle da hipertensão arterial, é importante a sua detecção, iniciada pela aferição da pressão arterial (PA). O rastreamento da PA elevada deve ser realizado por profissionais da saúde como medida preventiva de saúde.

O objetivo de qualquer tratamento para as doenças crônicas é o seu adequado controle, pois desta maneira previnem-se suas complicações, com morbidades e mortalidade precoce (LESSA, 1998). Neste sentido, destaca-se um item de suma importância no tratamento dessas doenças, que é a adesão ao tratamento. A adesão corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do paciente (LEITE; VASCONCELLOS, 2003), e compreende valores e crenças, além aspectos relacionados à doença e ao seu tratamento.

No caso da hipertensão, seu controle é realizado não apenas pelo tratamento farmacológico, mas também por mudanças nos hábitos de vida, como mudanças na alimentação e realização regular de atividade física (SARQUIS et al., 1998). No entanto, uma grande parcela dos hipertensos não utiliza os medicamentos de forma correta e usual e não modifica suas rotinas de alimentação e de atividade física para controlar uma doença que, na maioria das vezes, não se manifesta com sintomas.

A falta de adesão é frequente e está associada a inúmeros fatores, tais como: relacionados ao paciente, à doença, a aspectos psicossociais, a crenças, ao tratamento, entre outros (MION JÚNIOR; PIERIN; GUIMARÃES, 2001; PIERIN, 2001; PIERIN; STRELEC; MION JÚNIOR, 2004; SANCHEZ; PIERIN; MION JÚNIOR, 2004).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Público-alvo**

O projeto de intervenção será com os hipertensos da Unidade Básica de Saúde Morada de Bethânia residente na comunidade e que fazem acompanhamento na própria equipe.

Critérios de inclusão:

- Consentimento do usuário de participar do projeto de intervenção.
- Morar na área de saúde.
- Paciente diagnosticado como hipertenso.
- Paciente maior de 15 anos.

Critérios de exclusão:

- Não consentimento do paciente para participar do estudo.
- Não ser hipertenso.

#### **3.2 Desenho da operação**

O projeto de intervenção será em um primeiro momento nas visitas domiciliares das agentes comunitárias da saúde onde elas promovam a participação dos usuários no estudo, terá um segundo momento na consulta de enfermagem na Unidade básica de saúde onde será orientado sobre os objetivos da investigação e a forma de participar dele, terá um terceiro momento onde serão escolhidos 20 pacientes

hipertensos para formar um grupo de hipertensão arterial segundo os critérios pré estabelecidos de inclusão e exclusão, o nível de escolaridade da pessoa envolvida no estudo será colhido na ficha de cadastro individual preenchido pelas agentes comunitárias de saúde e cadastrada no E-SUS Atenção Básica(E-SUS AB).

Serão realizados grupos de educação em saúde semanalmente por espaço de 1 hora até completar as 5 semanas, abordando os temas referentes a hipertensão arterial. As atividades serão fundamentalmente teóricas-práticas porque sempre será conferida a pressão arterial de cada um deles antes de começar as atividades em condições ideais , pelo que será utilizado o esfigmomanómetro e estetoscópio para a medição da pressão além do Datashow para a visualização do conteúdo nos diferentes encontros, além de material didático para os exercícios práticos no grupo como figuras que mostrem diversos alimentos, hábitos nocivos, assim como diferentes exercícios físicos, o que permitirá dentro do grupo educativo a troca de saberes e experiências entre os usuários assim como interagir com o profissional da saúde.

O conteúdo a ser abordado será o seguinte:

Primeira aula (1 hora):

-O que você sabe sobre a hipertensão arterial? Conceito. Causas. Fatores de risco.

Segunda aula (1 hora):

- Dificuldades relacionadas ao controle da pressão arterial. Mudança nos hábitos de vida.

Terceira aula (1 hora):

-Evolução e complicações da hipertensão arterial.

Quarta aula (prática de 1 hora):

-Será realizada uma quarta atividade prática de 1 hora de duração com uma dinâmica de grupo para a sensibilização dos pacientes referente ao aprendizado nas

atividades teóricas promovendo as mudanças nos estilos de vida e influenciando no controle da pressão arterial.

A atividade abordará:

Hábitos saudáveis de vida onde os pacientes terão que escolher as dietas adequadas representadas por figuras de plástico, a identificação das práticas de risco para o controle da pressão arterial, os diferentes tipos de exercícios para melhorar o controle do peso corporal. Serão utilizadas diferentes amostras de alimentos para os membros grupo realizar as escolhas das opções mais saudáveis para o controle da pressão, assim como as escolhas das substâncias nocivas que devem ser evitadas e serão mostrados diferentes tipos de exercícios em forma de animações assim como o tempo de duração dos mesmos para fazer a escolha certa.

Quinta aula

O último encontro terá também 1 hora de duração onde será discutido no grupo os temas estudados, serão esclarecidas as diferentes dúvidas que ainda possam ter os pacientes.

### **3.3 Parcerias Estabelecidas**

Estabeleço parcerias com a Secretaria de Saúde da Prefeitura de Viana, com os pacientes selecionados e seus familiares

### 3.4 Recursos Necessários

Os recursos utilizados na realização do projeto podem ser divididos em materiais e humanos. Dentro dos materiais temos: material de escritório, computador, canetas, tinta, impressora, cartazes, folhas, folders educativos, esfigmomanômetro e estetoscópio; e humanos: médico, enfermeira, ACS da unidade, líderes da comunidade, pacientes selecionados.

### 3.5 Orçamento

Despesa	Valor
Material de escritório	1836 real
Lanches	35 real

### 3.6 Cronograma de execução

Fases do Projeto	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Marco	Abril	Maio
Identificação do problema	X						
Desenho da intervenção		X					
Período da divulgação			X				
Execução de sessões				X			
Primeira avaliação					X		
Controle e seguimento de pacientes						X	X

### **3.7 Resultados esperados**

Com o projeto de intervenção espera-se obter como resultado uma melhora no controle da pressão arterial pelo aumento do nível de conhecimento geral dos pacientes hipertensos envolvidos no estudo, a partir da melhora na interação entre o profissional da saúde e o paciente, no entanto espera-se também a partir do estudo estabelecer a relação entre a escolaridade e o controle da pressão arterial ao ter como resultado um melhor controle da pressão arterial nos pacientes com maior nível de escolaridade em comparação com aqueles pacientes com menor grau de escolaridade, contribuir por meio do presente trabalho a melhorar as taxas de controle da pressão arterial nos hipertensos residentes na área de abrangência da equipe assim como diminuir a quantidade de pacientes hipertensos com complicações próprias da hipertensão arterial.

### **3.8 Avaliação**

A melhora no controle das cifras de pressão arterial assim como o nível de conhecimento adquirido sobre a hipertensão arterial sistêmica será considerado como indicador de monitoramento e avaliação dos resultados.

A avaliação e monitoramento dos resultados do projeto de intervenção serão de forma longitudinal e permanente, com a finalidade de avaliar constantemente os resultados do estudo pela melhora no controle da pressão arterial sem ter um prazo fixo a se cumprir.

#### **4.Conclusão**

Os resultados do estudo impõem a necessidade de planejamento imediato de medidas de promoção e de prevenção em saúde direcionadas principalmente aos pacientes de baixa escolaridade para o controle da hipertensão arterial sistêmica, com vistas à redução de eventos finais como a doença isquêmica do coração e os acidentes vasculares cerebrais.



## REFERÊNCIAS

Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-60.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 25(6):491-8.

Mion Jr D, Pierin AMG, Guimarães A. Tratamento da hipertensão arterial: respostas de médicos brasileiros a um inquérito. *Rev Assoc Méd Bras*. 2001;47(3):249-54. Organización Mundial de la Salud. A global brief on hypertension : silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 2013.

Brasil. Ministério da Educação. INEP. Taxa de analfabetismo. <http://www.inep.gov.br/estatisticas/analfabetismo/>

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2006 Fev: 1–48.

Tiago José de Oliveira Gomes. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família Blood pressure control in patients seen by Hiperdia program at a Family Health Unit. *Rev Bras Hipertens* vol. 17(3):132-139, 2010. <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>

Coleman AJ, Steel SD, Ashworth M, Vowler SL, Shennan A. Accuracy of the pressure scale of sphygmomanometers in clinical use within primary care. *Blood Press Monit*. 2005;10(4):181-8.

Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:285-94.

Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:911-26.

Pitanga FJG, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em

adultos. Cad Saude Publica 2005; 21(3):870-877.

Salles-Costa R, Heilborn ML, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS. Gênero e prática de atividade física de lazer. Cad Saude Publica 2003; 19(Supl. 2): s325-s333.

Gomes VB, Siqueira KS, Sichieri R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. Cad Saude Publica 2001; 17(4):969-976

